DISSERTATION

N° 234.

SUR

L'EMPHYSÈME DU POUMON;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ADOLPHE PRIOUX.

Multùm egerunt qui antè nos fuerunt; multùm adhuc restat operis, multùmque restabit....

SENECA.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER, *Président.* / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin, *Suppléant.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cloquet, *Examinateur.*	Rochoux.
Coutereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Hommage de reconnaissance et d'amour filial.

A. PRIOUX.

MON PÈRE

ET

MA MÈRE.

AVANT-PROPOS.

Cherchant un sujet pour ma thèse inaugurale, je me décidai il y a un an à parler de l'asthme, et me mis de suite à étudier la seule monographie complète que l'on m'indiqua sur cet objet, l'ouvrage de *Floyer*. Mais, chose qui m'étonna beaucoup, je trouvai qu'au lieu de l'asthme idiopathique dont je croyais lire la description, cet auteur ne traite que des symptômes du gonflement aérien du poumon. Un peu dérouté, je désirai voir par moi-même. Suivant avec assiduité l'excellente clinique de M. le professeur *Chomel*, je m'attachai aux affections qui semblaient avoir le plus d'analogie avec l'idée que je m'étais formée de l'asthme; mais il fallut encore ici rectifier mon opinion, car tous ces malades dont je prennais l'observation offraient des altérations organiques diverses, et le plus souvent l'emphysème pulmonaire. J'avais en même temps sous les yeux la dissertation fort intéressante que M. *Bouillaud* présenta pour l'aggrégat, et dans laquelle ce savant médecin soutient que l'asthme est toujours symptomatique de lésions variées, et particulièrement de la dilatation des vésicules aériennes. Je résolus, dès-lors, de changer le titre de ma thèse, sans en abandonner tout à fait le sujet; je voulus prendre parti pour l'*emphysème du poumon*; et puisque, comme la *fièvre*, *l'asthme* essentiel

n'est plus qu'un être problématique, à qui on arrache par lambaux tous ses honneurs, j'ose accourir au partage de ses dépouilles, en réclamer la plus grande part pour mon client. La cause est difficile; je la crois bonne à un tribunal aussi éclairé; mais l'avocat est jeune, il a besoin de toute l'indulgence de ses juges.

DISSERTATION

SUR

L'EMPHYSÈME DU POUMON.

L'EMPHYSÈME pulmonaire est une maladie des organes propres de la respiration, qui consiste dans la dilatation ou la rupture de leurs vésicules ou cellules par l'air qui s'y trouve accumulé : ses symptômes sont ceux de l'*asthme*. Cette lésion ainsi nommée, et décrite dans ces derniers temps par *Laennec*, est véritablement une des belles découvertes dues à son génie, et qui honorent notre époque ; cependant elle n'était pas assez ignorée avant l'auteur du traité de l'*auscultation*, pour que quelques recherches à cet égard fussent sans intérêt.

Historique.

Vers le commencement du onzième siècle, *Avicennes* (1) annonça que l'*asthme était une maladie du poumon produite quelquefois par de l'air renfermé dans le parenchyme de cet organe, qu'il comprime, et dont il gêne les fonctions.* Cette vérité, jetée de si bonne heure dans le monde savant, et plus tard imprimée et enfouie dans le recueil compacte des

(1) M. *Murat*, Dict. de méd., art. *Emphys. putm.*

œuvres de ce grand homme, ne put germer au milieu de l'obscurité de cette époque. Ce ne fut qu'à la renaissance des lettres, cinq à six siècles après, que *Charles Pison* fit le premier observer dans un asthmatique *la difficulté de respirer provenant d'un poumon gonflé.* Longtemps après, *de Graaf* consigna dans ses écrits (1) des cas nombreux où il avait trouvé la substance du poumon et ses vaisseaux distendus par des flatuosités. A la même époque, beaucoup d'autres déclarèrent avoir vu des poumons tellement grossis, qu'ils pouvaient à peine tenir dans le thorax ouvert (2). Mais ces observations éparses allaient sans doute encore passer inaperçues comme celle du prince des médecins arabes, et cette faible lumière s'évanouir dans les ténèbres de l'animisme et des doctrines chimiatriques qui commençaient à régner alors. Heureusement *Floyer*, éclairé par les découvertes de son temps, et méditant les ouvrages des anciens, entreprit (comme il le dit avec modestie) de résumer leurs écrits, accommodés toutefois à la manière présente de philosopher, et, fort de ses connaissances anatomiques, d'opposer son observation aux doctrines naissantes.

De nombreuses ouvertures cadavériques, des recherches pathologiques sur les animaux, le conduisirent à reconnaître comme cause de l'asthme périodique, flatulent, l'*enflure du poumon provenant de la rupture ou de la dilatation des vésicules pulmonaires, en conséquence de quoi l'air est trop retenu dans les cellules ou dans leurs interstices* (3). *Floyer* était lui-même atteint de la maladie dont il parle; il en étudia toute sa vie sur lui et sur de nombreux malades la nature et les symptômes; son autorité est donc pour nous d'un grand poids. Son livre, écrit en 1698, n'a encore que peu vieilli. Traduit successivement de l'anglais en allemand et en Français, il jouit encore aujourd'hui d'un grand crédit dans la Grande-Bretagne.

C'est donc de la publication de l'ouvrage de *Floyer* que date véritablement la connaissance des symptômes et des altérations pathologi-

---

(1) *De succo pancreatico.*

(2) *Floyer.*

(3) Traité de l'asthme, page 280.

ques qui constituent la maladie que je veux décrire, et que l'on confondait sous le nom générique d'*affection asthmatique*. Cette impulsion donnée au commencement du siècle dernier, entraîna les auteurs vers des recherches nouvelles.

Ruish (1), *Valsalva* (2) décrivirent soigneusement la distension aérienne des cellules pulmonaires. *Bonet* (3), *Morgagni* (4), *Van-Swiéten* (5) donnèrent de nombreuses observations de poumons gonflés présentant quelquefois de grosses vésicules pleines d'air sous la plèvre. *Storck* (6) déclare avoir observé des poumons emphysémateux; il pense qu'il existe une phthisie causée par l'air renfermé dans le tissu interlobulaire du poumon, et il en donne des exemples. *Sauvages* (7) ayant vérifié les idées de *Floyer*, sur la cause matérielle (*l'emphysème pulmonaire*) de la pousse chez les animaux, pense, comme lui, que les hommes sont sujets à cette espèce d'asthme; mais il avoue qu'il n'en connaît ni les symptômes, ni les remèdes. Enfin *Baillie*, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, décrivit les trois circonstances principales qui constituent l'*emphysème* du poumon, savoir : l'ampleur de l'organe, la dilatation des cellules aériennes, et les vésicules formées par l'extravasation de l'air sous la plèvre; mais il ne connut pas la dépendance réciproque de ces trois dispositions, dont il faisait autant d'affections différentes, et déclara qu'il ne savait aucun moyen de distinguer ces maladies de plusieurs autres qui attaquent la poitrine.

En un mot, le dix-huitième siècle s'était écoulé sans que tant de

---

(1) Obs. anat., centur., obs. XIX.
(2) *De sedibus et causis morb.*, lib. II, epist. XXII, n°. 12 et 13.
(3) *Sepulchretum*, tom. I, pag. 408.
(4) Epist. 4, § 24, et epist. 18, § 14.
(5) *Comment. in* Boerh., *aph.* 1220.
(6) *Annus med. primus*, page 114. *Ann. med. second.*, page 289.
(7) Œuv., art. *Asthme*.

recherches savantes eussent véritablement ajouté aux travaux de *Floyer*. Un grand nombre de matériaux étaient amassés. Que manquait-il donc pour construire un édifice utile à la science? Il manquait une découverte immense dans ses rapports avec l'art, inappréciable dans ses résultats pour l'humanité : l'application de l'auscultation à l'étude des maladies thoraciques.

Il était donc réservé à *Laennec* d'éclairer ce point de médecine; c'est à lui qu'appartient la gloire d'avoir bien tracé les caractères de cette maladie (1) ; c'est d'après la manière dont il l'a conçue que nous l'étudierons, la divisant, comme lui, en *emphysème vésiculaire* ou *pulmonaire* proprement dit, et en *emphysème interlobulaire du poumon*.

---

(1) Traité de l'auscultation médiate.

PREMIÈRE PARTIE.

Emphysème vésiculaire ou pulmonaire proprement dit.

Caractères anatomiques. L'EMPHYSÈME PULMONAIRE consiste essentiellement dans la dilatation par l'air des vésicules du poumon.

Lorsqu'on ouvre le thorax d'un homme mort emphysémateux, pour peu que la maladie soit étendue, le poumon, au lieu de s'affaisser sous le poids de l'air extérieur, conserve la forme de la cavité qu'il occupe; souvent même il vient faire hernie sous le scalpel qui coupe les muscles intercostaux; quelquefois, enfin, dès que l'espace lui est donné, il se débande avec force et se présente sous un volume triple, quadruple de celui qu'il avait auparavant (1); mais dans ce cas il est probable qu'il y a en même temps *emphysème interlobulaire.*

Si on examine attentivement le tissu du poumon, on voit à travers la plèvre une multitude de vésicules de différentes grosseurs, depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'une semence de chenevis, ne faisant dans ce cas aucun relief; ou bien d'un volume plus considérable, celui d'un pois, par exemple, et alors formant une petite sphère qui pousse la plèvre et creuse le tissu du poumon. Quand cette dernière disposition est générale, le poumon ressemble assez à celui des batraciens. On a trouvé des vésicules grosses comme des noix, distension qui tient probablement à la rupture de plusieurs cel-

(1) *Taranget* en a consigné une observation très-remarquable dans le Recueil de la Société de médecine, t. 11, p. 378.

lules, et à leur réunion en une seule. Le poumon emphysémateux est plus léger que le poumon sain; pressé entre les doigts, il crépite plus largement que dans l'état normal. Les vésicules se déchirent plus facilement; si on en pique une seule, l'air qu'elle contient s'échappe, elle s'affaisse indépendamment des cellules voisines; si on la pousse avec le doigt on ne peut faire voyager sous la plèvre le gaz qui la remplit, ce qui distingue l'emphysème vésiculaire de l'emphysème interlobulaire.

La surface du poumon est lisse, brillante; elle a un état de sécheresse anormale. Lorsqu'on incise le tissu de l'organe, il ne s'en écoule presque point de liquide, comme si l'air l'avait envahi tout entier. Le nombre des vésicules est d'autant moindre qu'elles sont plus dilatées, parce que celles qui le sont davantage effacent les autres; de là le réseau sanguin, qui se trouve rétréci, apporte un obstacle à la circulation pulmonaire. C'est ainsi qu'on peut expliquer la dépendance des lésions du cœur, et particulièrement de l'hypertrophie du ventricule droit, que l'on trouve souvent chez les emphysémateux.

L'inflammation des bronches se rencontre quelquefois, mais le plus souvent dans le cas où le malade succombe à un catarrhe aigu, concomitance ou cause de l'emphysème. Une fois, nous avons trouvé du pus remplissant les dernières ramifications bronchiques. Les bronches sont plus rarement dilatées qu'on ne serait porté à le croire; mais si l'on pense, comme nous chercherons à l'expliquer, que c'est moins une espèce d'insufflation forcée que le défaut de retour de l'air inspiré qui produit l'emphysème, il sera facile de se rendre compte du fait; d'ailleurs dans les cas de dilatation des bronches, on ne trouve pas ordinairement d'emphysème pulmonaire.

La lésion dont nous nous occupons n'existe quelquefois que dans une portion circonscrite du poumon. Elle peut envahir la totalité de l'organe respiratoire, alors la poitrine est également et fortement bombée, ou n'affecter qu'un poumon, alors ce côté du thorax est plus dilaté que l'autre. Dans tous les cas, pour bien voir les caractères de l'emphysème, il faut, après avoir ceint par une ligature une

partie du poumon, la faire sécher et la couper ensuite par tranches; le tissu paraît alors comme une mousse légère et à bulles inégales. Ce moyen est très-favorable à l'étude.

Causes et marche de la maladie. Certaines constitutions semblent prédisposer à l'emphysème, sans qu'on sache trop pénétrer ce mystère : comme de deux hommes également forts exposés aux mêmes influences, l'un contractera toujours une pneumonie, tandis que l'autre n'aura qu'un catharre. Toutefois l'hérédité joue ici un grand rôle, et tel qui descend de parens emphysémateux, s'il n'apporte pas dans sa manière de vivre un changement complet, se voit exposé presque infailliblement à le devenir et à transmettre à ses enfans une triste prédisposition à la même maladie.

Les causes occasionelles de l'emphysème sont toutes celles qui peuvent produire un catarrhe pulmonaire ou même un simple boursoufflement de l'extrémité des bronches.

La cause déterminante est l'oblitération plus ou moins complète de ces petits canaux qui s'abouchent dans les vésicules aériennes. Ceci nous amène, comme on le voit, à concevoir d'une manière toute physique le mécanisme de la dilatation des cellules pulmonaires. Qu'une personne, en effet, s'expose à un changement brusque de température, elle pourra contracter une bronchite; si l'inflammation occupe ou gagne les dernières ramifications des bronches, celles-ci, obstruées par la fluxion, laisseront bien pénétrer l'air, poussé qu'il sera par tous les efforts inspirateurs, mais une fois entré, la faiblesse des puissances expiratrices ne pourra le chasser de sa prison. Il s'accumulera dans les vésicules, et l'emphysème pulmonaire arrivera ici en même temps qu'un rhume plus ou moins léger. Dans d'autres circonstances, l'inflammation ayant peut-être plus d'intensité mais ne gagnant pas l'extrémité des canaux aériens, l'épaississement de la muqueuse des bronches d'un gros calibre ne sera plus assez fort pour les obstruer ; ce n'est que quand le mucus sécrété, devenu plus visqueux, ne pourra plus être détaché par le passage de l'air expiré, que l'emphysème naîtra consécutivement à cette obstruction mécanique.

Ces deux causes sont inhérentes à l'inflammation, il doit en exister qui en soient indépendantes, je veux parler d'abord du boursoufflement passager de la membrane muqueuse des dernières ramifications bronchiques. Voici comment. Tout le monde sait que la plus légère influence extérieure produit chez quelques personnes un enrouement un enchifrenement qui se dissipe en quelques heures, quelques minutes même, sans laryngite et sans coryza proprement dit. Moi-même, exposé au moindre refroidissement des pieds, au moindre courant d'air, à la fraîcheur du soir, à un gaz échappé d'une expérience chimique, j'éprouve un enchifrenement, ou, en langage scientifique, un boursoufflement des fosses nasales, qui disparaît dès que je me soustrais assez à temps pour éviter leur inflammation, à la cause qui la produirait, mais qui donnerait lieu à une espèce de suffocation, à un véritable accès d'asthme, si j'étais obligé de respirer par le nez. Appliquons cette observation si commune; concevons la membrane muqueuse qui tapisse l'extrémité des bronches, non plus enflammée, mais simplement boursoufflée, l'air pourra bien encore ici pénétrer dans les cellules pulmonaires, mais il n'en pourra sortir et franchir l'espèce de petite soupape que le gonflement oppose à son retour; il s'accumulera au-dessus de l'obstacle, comme il s'accumule dans un soufflet dont on bouche le tuyau en faisant toujours jouer son mécanisme (1).

Si par la pensée nous augmentons un peu cette légère irritation dont nous venons de parler, et que nous supposions un coryza, nous pourrons mieux concevoir encore comment la muqueuse des dernières ramifications bronchiques, participant à la phlogose de celle des fosses nasales, puisse s'obstruer et produire l'emphysème. C'est le cas de ces emphysémateux que cite M. *Chomel*, et dont l'attaque d'asthme est toujours accompagnée de coryza. Il y a là deux causes

(1) L'air enfermé dans les vésicules ne pouvant laisser pénétrer un nouvel air, il s'ensuit l'asthme, c'est-à-dire le sentiment intime de la non-oxygenation du sang.

réunies, le boursoufflement des muqueuses et la sécrétion de mucosités, produits par l'inflammation; mais ne peut-on pas concevoir qu'une seule d'entre elles puisse donner naissance à l'obstruction des bronches? N'est-il pas rationnel de penser que le mucus que sécrètent habituellement les canaux aériens, altéré, changé dans sa nature par une cause quelconque non inflammatoire, par une impression morale, par la moindre influence extérieure, puisse, par sa viscosité ou sa quantité, gêner l'entrée de l'air dans les vésicules, empêcher sa sortie, et produire ainsi l'emphysème pulmonaire. M. *Chomel* le croit: nous donnerons des exemples qui admettent fort bien cette explication.

Nous ne nous servirons donc pas des recherches microscopiques de *Reisessen*, de la présence des fibres musculaires que l'on suppose dans les dernières ramifications bronchiques, pour expliquer par des effets tout spasmodiques la formation de l'emphysème, puisqu'on peut se rendre compte du phénomène, abstraction faite de l'influence nerveuse, encore si peu connue. Nous n'aurons pas davantage recours, pour notre explication, à une maladie de cœur que M. *Rostan* a cru être presque toujours la cause de l'emphysème; car enfin, par la stagnation du sang dans le parenchyme du poumon, il est plus facile, ce nous semble, de concevoir l'oblitération que la dilatation des cellules aériennes (1).

Toutefois, quelles que puissent être nos hypothèses explicatives, l'emphysème étant produit dans le poumon, il suit une marche essentiellement chronique; c'est-à-dire que l'art peut bien remédier aux symptômes morbides, mais il est probablement sans puissance contre la dilatation elle-même des cellules aériennes. Je m'explique: lorsque l'obstruction de l'extrémité des bronches, ou inflammatoire ou autre, qui aura été la cause de la lésion, sera dissipée, on conçoit bien que les parois des vésicules se rapprocheront; mais elles conser-

(1) Nous reviendrons plus tard sur l'opinion de M. *Rostan*, que nous nous permettrons d'examiner.

veront probablement toujours assez de laxité pour se distendre de nouveau au moindre obstacle à la sortie de l'air, et donneront ainsi naissance à une autre attaque de la maladie. Ainsi quoique, à proprement parler, l'emphysème soit permanent, l'apparition de ses symptômes restera subordonnée à la présence d'une obstruction dans les bronches; et, comme cette dernière peut être passagère ou durable, l'affection qui nous occupe paraîtra périodique ou constante. De plus, si le boursoufflement, à mesure qu'il se reproduira, gagne un plus grand nombre de rameaux, l'emphysème suivra la même marche, et de partiel qu'il était pourra devenir général. La dilatation des vésicules sera aussi en proportion directe avec l'obstacle mécanique, et quand l'élasticité de leurs parois sera vaincue, l'air trop comprimé, en les rompant, se répandra dans le tissu cellulaire interlobulaire.

Cet accident, qui serait très-grave et souvent mortel, est plus rare qu'on ne serait porté à le penser, et il n'est pas vrai que l'emphysème du poumon soit toujours, comme l'a dit M. *Piedagnel*, déterminé par la rupture des cellules et le passage de l'air à travers leurs parois déchirées (1).

Ainsi notre affection peut se développer, ses symptômes reparaître un très-grand nombre de fois, pendant dix, vingt et même trente ans, devenir ensuite permanente, sans que le malade soit exposé à un grand danger.

En général, la cause du développement de l'emphysème peut, en reparaissant, ramener plus ou moins souvent des attaques de dyspnée, et ces retours tiennent quelquefois à des singularités bien bizarres. *Floyer* parle d'une personne qui ne pouvait aller de Londres à Epsom sans avoir une très-grande difficulté de respirer, et qui revenait d'Epsom à Londres sans accident. M. *Chomel* a été consulté par une dame qui, toutes les fois qu'elle va à Versailles est prise d'un accès

(1) Rapport de MM. *Coutanceau* et *Piorry*, sur le mémoire de M. *Piedagnel*.

d'asthme; chez elle la sonoréité de la poitrine, la faiblesse du bruit respiratoire et la sibilance du râle qui le remplace, firent très-facilement reconnaître un emphysème pulmonaire. Ce professeur cite une autre personne qui n'avait d'attaque que quand elle voyageait la nuit; il parle encore d'un pharmacien établi en Auvergne qui respire librement dans la campagne, et qui, chaque fois qu'il entre dans la ville voisine, est pris d'un accès d'essoufflement et de suffocation.

Je vais moi-même rapporter une observation fort intéressante où se trouvent réunies plusieurs de ces circonstances singulières. C'est le cas d'un homme qui, autrefois dans l'aisance, ayant reçu une certaine éducation, peut aujourd'hui par là inspirer plus de confiance dans le récit qu'il fait de sa maladie (1).

Ire. OBSERVATION.

Au n°. 20, salle Saint-Raphaël, à la Pitié, est couché un homme âgé de soixante-six ans, qui se dit asthmatique depuis vingt-sept. Il rapporte qu'étant né d'une mère qui eut la même affection que celle dont il se plaint aujourd'hui, il a été sujet, dans son enfance, à s'enrhumer facilement. A l'âge de neuf ans, étant occupé, au collége, à remuer une paillasse avec un domestique qui faisait son lit, il fut tout à coup tellement suffoqué par la poussière, quoiqu'il s'en élevât fort peu, qu'il tomba haletant, et fut le reste de la journée sans recouvrer une respiration facile. Cet accident n'eut, dit-il, aucune suite; cependant il remarqua qu'à dix-huit ans il plongeait dans l'eau moins long-temps que ses camarades. Il évitait avec soin la poussière comme une cause infaillible chez lui de suffocation. Quand, jouant avec ses condisciples, il était obligé de chercher un abri contre leurs recherches dans un endroit peu aéré, dans une armoire, dans un grenier, il en sortait souvent avec un essoufflement extrême. Entrait-

(1) Maladie que M. *Louis* déclara être un emphysème pulmonaire.

il avec eux dans un lieu sombre, une cave, un souterrain quelconque, dès que la porte en disparaissait à ses yeux, et qu'il se voyait enveloppé de ténèbres, soudain la respiration lui échappait; il courait haletant, et, cherchant partout la lumière et l'air, il se précipitait au dehors comme pour se soustraire à la mort. Chose remarquable! Cette singulière influence de l'obscurité a toujours eu sur lui le même effet. Il n'a jamais pu dormir sans qu'une lumière veillât près de son lit, et quand par hasard elle s'éteignait, il se réveillait avec une suffocation imminente; aujourd'hui encore, à l'hôpital, lorsque la lampe qui luit habituellement vient à s'éteindre, et qu'il se voit dans l'ombre, il est sûr d'avoir un accès de dyspnée, si le garçon de salle, qu'il appelle avec force, ne vient pas lui rendre la lumière (1). Cet homme, néanmoins, pendant la plus grande partie de sa vie, se porta assez bien pour qu'il ne fasse aujourd'hui remonter qu'à vingt-sept ans la maladie dont il se plaint en ce moment. A cette époque reculée, en effet, après des catarrhes très-intenses, ses attaques de dyspnée prirent un caractère plus grave. Souvent, au milieu d'une occupation quelconque, il se sentait tout à coup la poitrine serrée, l'air lui manquait, il poussait un cri; tout haletant, comme une personne terrifiée, il se traînait avec peine sur un siége, où il attendait la fin de ses souffrances d'une expectoration abondante. Des médecins en réputation à Paris furent consultés: tous reconnurent l'existence d'un *asthme humide et nerveux*. Depuis il a beaucoup maigri. Ayant perdu sa fortune, il entra à l'hôpital le 12 février, et nous le vîmes pendant toute la durée des conférences de M. *Louis*. Il a la poitrine bombée, les côtes très-saillantes, la percussion y donne un son plus clair que dans l'état normal, et cependant la respiration ne se fait pas entendre : elle est remplacée, pour l'oreille qui ausculte, par un râle sibilant ou ronflant; on saisit quelquefois le bruit de frottement. La région du cœur est sonore, on y entend à peine les batte-

(1) *Laennec* a observé la même particularité, mais dans un cas d'asthme qu'il appelle *nerveux*, tom. 2.

mens; le pouls est régulier; il y a, à la vérité, de l'œdème aux jambes, mais qui est passager et n'existe que depuis quelques années. Ce malade a été atteint dans le mois de mai d'une entérite fort intense, et presqu'en même temps d'une pneumonie inférieure droite, dont il guérit parfaitement (1). Aujourd'hui il ne se plaint que d'une dyspnée habituelle, qui s'exaspère par accès, surtout dans les nuits froides; d'une toux saccadée, profonde, avec fort peu d'expectoration, et d'une espèce de lichen, qui, suvenu depuis quelque temps aux jambes et aux bras, cause beaucoup de démangeaisons sans offrir de gravité.

Symptômes et signes. Les premiers symptômes de l'emphysème vésiculaire sont souvent assez obscurs pour le médecin, soit à cause de leur peu d'intensité, soit à cause du peu d'attention qu'y donne le malade : c'est une simple dyspnée qu'au premier examen on rapporte à toute autre affection. Quelquefois cependant l'apparition de l'emphysème est brusque; il se montre par une véritable attaque d'asthme (2).

Le malade alors est pris presque tout à coup d'un essoufflement, qui, en peu de temps, devient extrême; il pousse un cri, il est tremblant, comme par le sentiment d'un grand danger; un poids énorme comprime sa poitrine, le moindre vêtement l'accable; l'air lui manque, il en cherche partout le renouvellement; est-il levé, marche-t-il, il s'arrête comme stupéfait, il se jette sur un siége, il saisit tous les objets qui peuvent fournir un point d'appui à ses efforts inspirateurs; est-il couché, il se met rapidement à son séant, il veut se précipiter à la fenêtre, mais craignant d'épuiser par le moindre mouvement le souffle qui lui échappe, il retombe immobile sur le bord de son lit, le corps penché en avant, le cou tendu, la tête baissée, la

(1) *Baglivi* disait que chez un asthmatique la péripneumonie est presque toujours mortelle; elle a été ici, en effet, fort dangereuse.

(2) Voir la première et la quatrième observation.

bouche ouverte : les efforts qu'il fait pour dilater sa poitrine sont inouis, tous ses muscles sont en convulsion, il semble anéanti par l'angoisse qu'il éprouve.

Cependant l'orage ne tarde pas à s'apaiser : peu à peu tous les accidens disparaissent, et en quelques heures la maladie a disparu ; il ne reste quelquefois qu'un peu de lassitude et d'oppression, qui bientôt se dissipent elles-mêmes.

Ces symptômes constituent un *accès*. Si plusieurs accès se suivent d'assez près pour ne laisser entr'eux que peu de rémission, leur réunion prend le nom d'*attaque*.

La maladie dont nous nous occupons sévit indistinctement sur tous les âges ; elle commence quelquefois avec la vie, et ne finit qu'avec elle. En général, ses premières attaques sont plus cruelles ; mais aussi elles sont moins fréquentes, ne reparaissent que sous l'influence de certaines causes qu'il serait facile d'éviter, et laissent entre elles des intervalles de santé plus ou moins longs. L'emphysème est alors dans sa plus grande simplicité ; mais dès qu'une affection du cœur ou des gros vaisseaux, suite ordinaire de tous les obstacles à la respiration, vient aggraver la maladie primitive, cette complication ajoute à l'obscurité des symptômes. Ainsi la rémission n'est plus jamais complète, une certaine disposition à l'essoufflement pour le moindre effort reste toujours ; des palpitations, de l'infiltration aux jambes chez les emphysémateux, annoncent l'ancienneté de la maladie. Quand enfin le catarrhe, dont l'apparition fréquente dans le courant de la vie, a été une des causes du retour des attaques, prend chez le vieillard un caractère chronique avec ou sans expectoration abondante, alors la dyspnée est constante, le sommeil ne peut plus avoir lieu que dans une position assise : les accès sont rares ; mais après chaque repas, et la nuit, lorsque les mucosités épaissies se sont accumulées dans les bronches, une oppression plus grande amène un anxiété cruelle, qui ne cesse qu'après le rejet de quelques mucosités qu'amène la toux. Le malade maigrit ; bientôt un sang mal oxygéné ne réparant plus les

pertes, les forces s'épuisent, sa vie s'éteint; il meurt subitement un matin (1) par une véritable asphyxie.

Telle est la marche des symptômes de l'emphysème pulmonaire, affection grave, puisqu'il est vrai qu'elle ne recule jamais; affection avec laquelle se joue trop souvent le malade, à qui un proverbe mensonger (2) promet de longs jours, mais qui cependant réclame plus souvent que toute autre les secours de l'art, parce que plus souvent elle traîne l'homme à deux pas du tombeau.

Appelé au lit d'un emphysémateux, le médecin, interrogeant les signes qui doivent l'éclairer, ne les trouvera pas aussi fidèles à toutes les époques de la maladie; mais un guide certain, auquel il devra toujours s'attacher, est, comme le dit *Laennec*, la comparaison des phénomènes produits par la percussion avec ceux fournis par l'auscultation. La poitrine percutée rend un son très-clair; cette sonoréité est égale des deux côtés, à moins que l'emphysème n'existe que dans un seul poumon, auquel cas il y a bien une différence à droite ou à gauche, mais une différence de résonnance normale à une résonnance plus grande. La percussion de la région précordiale n'est pas mate, comme dans l'état naturel, et la matité du foie souvent ne se trouve pas à sa hauteur ordinaire, preuve certaine que la cavité de la poitrine s'est agrandie (3). Quelquefois le thorax résonne comme un tambour, et cependant la respiration ne s'y entend pas; le doux murmure de l'expansion pulmonaire est remplacé par un rale sibilant, par une espèce de chant de petits oiseaux, ou de sifflement fin du vent à travers les fissures des portes. Quand on ausculte avec attention, on s'aperçoit que cette sibilance est plus forte dans l'inspiration que dans l'expiration, diminue insensiblement pendant celle-ci, mais dure encore lorsqu'une autre inspiration commence, de sorte que l'intervalle, le repos qui doit exister naturelle-

---

(1) Les asthmatiques par emphysème succombent le plus ordinairement entre minuit et neuf heures du matin.

(2) L'asthme est un brevet de longue vie, dit-on communément.

(3) M. *Piorry*, percussion médiate.

ment entre deux respirations ne se retrouve pas ici. On entend quelquefois un bruit de frottement qui se mêle au râle caractéristique de l'emphysème. Les battemens du cœur sont petits, sourds, éloignés, réguliers, à moins qu'il n'y ait, comme complication consécutive, une maladie du centre de la circulation. Le pouls, fébrile dans les attaques, est lent dans les intervalles, et toujours en désaccord avec la dyspnée.

L'expectoration est rarement nulle; le plus souvent, et surtout en hiver, dans les temps humides, les malades rejettent une assez grande quantité de sérosité aérée, qui ressemble à de l'eau de savon surmontée d'une mousse légère. La toux n'est habituelle que chez les vieillards, ou chez les sujets affectés d'un catarrhe intense; elle est caverneuse, elle reparaît par accès composés de petites secousses successives; elle est quelquefois accompagnée d'un bouillonnement perceptible pour celui dont l'oreille est appliquée sur la poitrine, très-sensible pour le malade lui-même, et n'amène qu'à grand'peine une sérosité qui s'écoule de la bouche d'une manière continue pendant toute la quinte. La poitrine est très-bombée, les côtes saillantes, les espaces intercostaux plus larges que dans l'état normal; tous les muscles du thorax concourent à l'inspiration, qui est convulsive; l'expiration est moins rapide, et la dyspnée augmente par accès.

Diagnostic. Il est facile de remarquer, d'après ce qui précède, que, sauf quelques traits caractéristiques, saisis seulement par des moyens de diagnostic nouveaux, le tableau que nous venons de tracer de l'emphysème pulmonaire ressemble beaucoup à celui que les anciens ont fait de l'asthme essentiel. C'est qu'en effet nous pensons que ce qu'on a appelé *asthme convulsif, véritable, périodique,* est le plus souvent (nous nous gardons bien de dire toujours) (1), le symptôme de la lésion qui nous occupe.

---

(1) L'asthme peut dépendre d'une lésion du poumon, du cœur, des nerfs, etc.; mais nous pensons que l'angine de poitrine se rapporte mieux aux lésions de la circulation et de l'innervation, l'asthme mieux à l'emphysème pulmonaire.

Cette vérité, mise dans tout son jour pour les modernes, n'a plus besoin aujourd'hui de preuve, mais seulement d'extension. Je ne veux ici montrer que deux choses ; c'est, d'une part, que cette connaissance de la dépendance de l'asthme et de l'emphysème, est plus ancienne qu'on ne le dit généralement, et, de l'autre, que les symptômes qu'on a cru dans ces derniers temps établir et prouver le mieux la nature *essentielle* de l'asthme se rapportent singulièrement à l'affection constituée par la dilatation des vésicules pulmonaires.

1°. Je ne transcrirai pas de nouveau l'opinion donnée il y a sept à huit siècles (1) par *Avicennes*, qui ne semble être que le commentateur de l'antiquité et de *Galien* en particulier ; je n'en dirai pas davantage de *Graaf* et de *Ruisch*, célèbres anatomistes, qui pensent, comme le médecin arabe, que l'emphysème produit l'asthme plus souvent qu'on ne le croit (2) ; je veux m'arrêter aux idées de *Floyer*, qui s'occupa plus spécialement de cet objet. Cet auteur, passionné pour les anciens, sous le titre de *Traité de l'asthme* fit véritablement sur l'emphysème pulmonaire une monographie qui, quoique obscurcie par des explications *humorales* et des opinions bien vieillies en anatomie, n'en paraît pas moins servir admirablement à éclairer notre sujet. « Reconnaissons, dit-il dès les pre-
« mières lignes de son ouvrage, *Hippocrate* et *Galien* comme les
« meilleurs médecins pour l'asthme ; les auteurs modernes tels que
« *Van-Helmont* et *Willis*, qui ont bâti leurs hypothèses sur la sup-
« position que l'asthme était une convulsion, ont été engagés dans
« une pratique pernicieuse ; d'autres, comme *Silvius* et *Etmuller*, ont eu
« tort de conclure qu'il tenait à une flatuosité hypochondriaque (3).
« Mon dessein, en rapportant ces erreurs, est de démontrer que
« l'asthme humide, périodique, flatulent, consiste proprement dans

(1) Voir plus haut, pag.

(2) M. *Murat*, Dict. de méd., art. *Emphysème*.

(3) Traité de l'asthme, pag 9.

« l'enflure des membranes qui forment immédiatement le poumon « et aussi dans celle de la plèvre des deux ou d'un seul côté » (1). *Floyer* décrit ensuite l'asthme hystérique ; il le trouve en tout semblable à l'asthme *véritable*. « Dans tous les deux, dit-il, on trouve le « poumon également gonflé, également roide, seulement l'enflure « est plus durable dans l'un que dans l'autre ; ils ne diffèrent que « par la cause qui les produit » (2).

Je n'irai pas plus loin dans mes citations. Il est évident par là qu'il y a près d'un siècle et demi, on croyait que les phénomènes les plus caractéristiques de l'asthme (je ne dis pas de tous les asthmes) étaient symptomatiques de l'emphysème pulmonaire. Pourquoi donc depuis *Floyer* jusqu'à *Corvisart* et *Laennec* cette vérité a-t-elle si peu grandi, s'est-t-elle même presque perdue ? Pourquoi beaucoup d'auteurs, qui ont écrit dans cet intervalle de temps, comprenant mal les idées de l'écrivain anglais, se sont-ils servi de ses divisions, de son traitement, de ses observations, dans leurs dissertations sur l'asthme *essentiel, spasmodique ?* Cela tient, je crois, aux erreurs et au peu de clarté qui règnent, en général, dans l'ouvrage de *Floyer* (3) ; la difficulté qu'on a eu de le comprendre a fait abandonner le livre. N'aurait-on pas mieux agi, en se reportant au temps où il a été écrit, de le corriger, et de profiter de ce qu'il renferme de vrai et d'utile ?

2°. Sans doute, l'hésitation où l'on est encore aujourd'hui, pour assigner une cause matérielle à certaines dyspnées passagères ou périodiques, a concouru pour beaucoup à conserver l'existence à l'*asthme essentiel*, et *Laennec* lui-même, quoique avec répugnance, a consacré

---

(1) *Ibid.*, pag. 58 et 148.

(2) J'ai dit plus haut que *Floyer* entendait par *enflure* du poumon, son gonflement par la distention aérienne ou la rupture des vésicules : voir son ouvrage, p. 280.

(3) Ainsi, après avoir dit que l'asthme dépendait de l'enflure du poumon, il ajoute : et de l'effervescence du sang et des humeurs flatueuses, qui se subtilisant remplissent les membranes nerveuses et les nerfs eux-mêmes.

un chapitre à ce fantôme en pathologie. Mais voyons combien sa concession a été peu comprise et peu profitable : M. *Ferrus*, chargé, il y a quelques années, de tenter une dernière fois de défendre l'être immatériel, ne nous paraît n'en avoir prononcé, pour ainsi dire, que l'oraison funèbre en faveur de notre cause.

Après avoir distingué la maladie en *symptomatique* et en *essentielle*, et avoir traité le premier point avec beaucoup de talent, ce célèbre médecin, vis-à-vis l'asthme idiopathique, malgré ses promesses, s'arrête, retenu, dit-il, par la difficulté presque insurmontable de le rencontrer (1). « Quinze années d'exercice, ajoute-t-il, n'ont pu me fournir une seule observation de ce genre ; MM. *Corvisart*, *Leroux*, « *Lerminier*, n'ont pas été plus heureux ; il n'en existe pas un cas authentique dans les cahiers des hôpitaux et hospices civils de Paris. « Il n'y a que dans la riche collection d'observations recueillies à la « clinique de la Charité, où l'on trouve une seule description complète d'une maladie intitulée : *asthme essentiel, soupçon de maladie « du cœur.* »

Voyons quelle est cette heureuse rencontre : on avait noté, avant la mort, que la poitrine résonnait *comme un tambour*. A l'ouverture du cadavre, on s'assura qu'elle résonnait dans tous ses points, *même dans la région du cœur*. Néanmoins les poumons étaient adhérens aux parois de la poitrine ; *ils étaient remplis d'air*, présentaient un état de dépérissement singulier, et la moindre pression suffisait pour *rompre les cellules aériennes : la partie antérieure du cœur était cachée sous le poumon gauche.*

« *Corvisart* ne trouvant pas la lésion qu'il avait soupçonnée, et ne « voyant rien qui pût expliquer la maladie, laissa à cette observation « le titre d'asthme essentiel, comme expression d'une *inconnue.*

Nous n'ajouterons à ce fait aucune réflexion ; l'*inconnue* de l'auteur de l'essai sur les maladies du cœur pour nous *se dégage* bien facile-

(1) Dict. de méd., art. *Asthme.*

ment, grâce aux beaux travaux de *Laennec*. M. *Ferrus*, dans cette pénurie de preuves pour sa cause, se hasarde, quoiqu'en tremblant qu'on ne les prenne encore pour des cas d'emphysème ou d'affection du cœur, à donner de lui deux observations auxquelles, dit-il, *faute de mieux*, il conserve le titre d'*asthme idiopathique*. La première est celle d'un jeune officier qui, à peine guéri d'une blessure, en revenant à Paris, du théâtre de la guerre, en 1814, fut pris tout à coup d'un accès d'asthme, qui se renouvela, l'année suivante, dans la convalescence d'une fièvre intermittente, après un bain très-chaud, et céda à l'influence d'un air plus favorable, qu'il alla respirer dans le midi de la France. La deuxième est le cas de M. B., qui, sujet à des accès d'asthme, consulta plusieurs médecins habiles de la capitale, qui ne trouvèrent *rien* qui frappât leur attention, si ce n'est *un son fort clair* de toute la poitrine. Chez ce malade, comme chez l'autre, qui fut examiné par *Corvisart*, on ne rencontra aucun symptôme qui pût faire soupçonner une maladie du cœur.

Que conclure de ces deux observations incomplètes? Rien, sans doute, en faveur de la nature *essentielle* de l'asthme. Il y aurait certainement aussi de la hardiesse, malgré notre grande envie et l'hésitation modeste du savant observateur, à les prendre pour des cas d'emphysème, mais il n'en résulte pas moins toutefois que le seul exemple complet de l'*asthme idiopathique* qu'ait trouvé M. *Ferrus* est évidemment un cas d'emphysème pulmonaire.

Ce serait ici le lieu de parler de l'*asthme aigu* des enfans, et d'examiner si cette maladie n'est pas aussi quelquefois symptomatique de l'emphysème pulmonaire ; mais je ne puis, jeune écolier, m'étendre beaucoup sur ce sujet, puisque nos maîtres ont laissé presque tout à faire. *Laennec* n'en ayant pas parlé, ces recherches manquent encore d'une bonne direction. Nous ferons seulement remarquer que M. *Guersent* a écrit (1) « qu'un grand nombre de dyspnées rémittentes

---

(1) Dict. de méd., art. *Asthme*.

« et intermittentes accompagnées d'accès de suffocation imminente ne « sont le plus souvent, chez les enfans comme dans les autres âges, « qu'un des effets symptomatiques de différentes affections des or- « ganes respiratoires, de l'œdème, de l'emphysème du poumon, etc. »

M. *Jadelot* (1) dit qu'on trouve fréquemment chez ces petites malades la dilatation ou la rupture des vésicules pulmonaires ; et cela ne doit pas nous étonner, puisque les asthmes que nous voyons chez les adultes être l'effet d'un emphysème, ont souvent commencé dans le premier âge de ceux qui les offrent. Ajoutons que la dilatation des cellules aériennes n'étant point une maladie mortelle dans l'enfance, on ne doit la rencontrer sur les cadavres qu'avec une foule d'autres affections qui ont seules pendant la vie attiré l'attention du médecin. On est donc encore à désirer une bonne observation de l'*emphysème vésiculaire* chez l'enfant ; il n'en est pas de même de l'emphysème interlobulaire, que l'on trouve souvent à cet âge, et dont nous parlerons plus bas.

Il y aurait aussi des recherches fort intéressantes à faire sur la *pousse* chez les animaux, maladie qui n'est qu'une espèce d'asthme, et qui a été considérée comme telle par beaucoup d'auteurs (2). Nous renvoyons, pour en parler, à ce que nous avons à dire de l'emphysème interlobulaire chez les quadrupèdes.

D'après tout ce que je viens de dire, je parais, je l'avoue, donner beaucoup d'importance à l'emphysème pulmonaire. M. *Rostan* ne lui en accorde (3) pas autant. Il regarde l'asthme comme étant toujours, au moins chez les vieillards, symptomatique d'une maladie du cœur, et la dilatation des vésicules aériennes comme consécutive à cette espèce de lésion organique. Nous avons donné une explication de la formation de l'emphysème ; nous n'y tiendrons qu'autant qu'on doit tenir à une explication qui n'est pas rigoureusement démontrée ;

---

(1) Médecin à l'hôpital des Enfans.

(2) *Lafosse*, *Stahl*, *Floyer*, *Sauvages*, *Ferrus*, etc.

(3) Cours de médecine clinique, tom. 2, p. 649.

le professeur de la Salpêtrière en donne une autre, qui n'est pas plus évidente : ainsi hypothèse pour hypothèse, nous aimons mieux, abandonnant les conjectures, recourir aux faits. C'est d'ailleurs se placer sur le même terrain que M *Rostan*, celui de l'observation, où il s'est acquis beaucoup de gloire. Ses ouvrages sont pleins de vues grandes et fécondes. Si nous parvenons à prouver, contre son opinion, que l'asthme est le symptôme non pas toujours d'une maladie du cœur, mais bien souvent de l'emphysème pulmonaire, nous aurons peut-être enrichi notre thèse sans certainement appauvrir son livre.

L'auteur de la *Médecine clinique*, comme preuve de ce qu'il avait avancé, fit, avec beaucoup d'esprit, observer que tous les malades cités par *Laennec* comme emphysémateux présentaient des affections organiques du cœur. On en a conclu avec lui que la lésion du centre de la circulation était primitive, la dilatation des vésicules pulmonaires consécutive à elle, et l'asthme le symptôme de la première maladie, sans remarquer, 1°. que sur quatre observations rapportées dans le *Traité de l'auscultation* (1), il y en a *une* où le cœur est noté *sain*; 2°. que sur onze cas cités par M. *Rostan* dans son Mémoire (2), dans *aucun* l'emphysème n'a été trouvé. Mais je me hâte de citer des faits.

II°. OBSERVATION.

Au n°. 21 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché un tonnelier âgé de soixante-trois ans. Il raconte qu'obligé par état de travailler dans les caves, ayant souvent les pieds dans l'eau, il eut dans sa jeunesse beaucoup de rhumes, sans que cependant sa santé vigoureuse en fût altérée; mais que, il y a sept ans, pendant la durée d'un catarrhe plus intense, il commença à éprouver une très-grande dyspnée. Depuis ce temps, il resta exposé à avoir des accès de suffocation, que ramenaient une foule de causes différentes, telles que

(1) Au moins dans la seconde édition

(2) Mémoire lu à la Société de la Faculté de médecine, le 29 mai 1817.

le froid humide, l'odeur du tabac brûlé, la poussière d'un appartement que l'on balayait, etc. Des médecins consultés à Dijon, son pays, le déclarèrent atteint d'un *asthme humide*. Il vint à Paris il y a deux ans; mais il n'y put jouir d'un seul jour de santé, tant sa maladie devenait opiniâtre et cruelle. Au mois de septembre 1829, il entra à la Charité, et fut le sujet de cette observation pendant toute la clinique de M. *Chomel*.

Cet homme est maigre; il a la poitrine bombée, les côtes saillantes, les espaces intercostaux plus larges que dans l'état normal. En décembre, il était dans un état très-grave; sa dyspnée était habituelle et fort intense; il passait tout le jour assis dans son lit, la tête et le tronc penchés en avant; la nuit, s'il goûtait un peu de repos, il était bientôt réveillé par des accès de suffocation qui se renouvelaient régulièrement vers deux heures du matin. Il toussait par quintes et par petites secousses répétées, qui occasionaient un bouillonnement dans sa poitrine; il rejetait en même temps, ou plutôt il s'écoulait de sa bouche, une grande quantité de sérosité, qui, remplissant chaque jour son crachoir, y ressemblait à de l'eau de savon surmontée d'un pouce de mousse légère Le pouls était fébrile, mais jamais en rapport avec la dyspnée. Sa poitrine, examinée pendant six mois par M. *Chomel* et par nous, a toujours donné à la percussion une sonoréité très-grande, et cependant la respiration ne s'y faisait pas entendre; elle était remplacée par un sifflement fin, perceptible surtout pendant la toux et l'inspiration. La région du cœur résonnait, comme le reste du thorax; les battemens y étaient réguliers, mais petits, éloignés; il n'y a jamais eu d'infiltration aux jambes ni aucun autre indice d'affection du centre de la circulation.

Depuis son entrée à l'hôpital, ce malade, traité avec persévérance et successivement par les révulsifs, les opiacés, les préparations antimoniales, les eaux sulfureuses, éprouve aujourd'hui une grande amélioration dans son état. La toux est moins intense, les accès de suffocation plus rares; il se lève tout le jour, et a repris un air de santé qu'il n'avait pas depuis long-temps.

III^e. OBSERVATION.

Au n°. 24, salle Saint-Raphaël, à la Pitié, est entré le 4 juin un journalier âgé de soixante-neuf ans, qui se dit souffrir d'un *asthme* depuis dix-huit ans. Il rapporte qu'à cette époque éloignée, après avoir porté avec beaucoup de peine une lourde malle à un cinquième étage, il éprouva un grand essoufflement, qui, exaspéré par un rhume violent, fut la première cause de sa maladie. Pendant les huit années qui suivirent, il avait, au moindre changement de temps, de fréquens accès de dyspnée et de suffocation. Souvent, au milieu de la nuit, il se réveillait comme étouffé; ne trouvant pas assez d'air pour respirer, il voulait se précipiter à la fenêtre, mais il avait à peine une jambe hors du lit, que, la force lui manquant, il retombait haletant, exténué par une toux saccadée, qui ne cessait que par l'expectoration de quelques mucosités. De telles attaques, quoique souvent répétées, n'avaient cependant pas d'abord altéré beaucoup sa santé; ce n'est que depuis dix ans que, la dyspnée étant devenue presque habituelle, ses forces diminuent sensiblement.

Aujourd'hui, il est dans un état de maigreur assez grande, sa poitrine est bombée, je dirais volontiers comme celle d'un poulet; les côtes sont très-saillantes; la percussion y donne partout, même dans la région du cœur, un son tympanique. L'expansion pulmonaire est presque nulle; on entend une sibilance, qui augmente à la fin d'une inspiration, et dure jusqu'à l'inspiration suivante. Les battemens du cœur sont peu perceptibles; le pouls n'est pas fébrile, il n'a aucune irrégularité; il n'y a jamais eu ni palpitation, ni œdème aux jambes. Sa respiration n'est pas très-accélérée; mais il survient souvent des accès de dyspnée; il tousse très-peu, son expectoration est visqueuse, opaque, rarement abondante. Ce malade, que M. *Louis* déclara dans ses conférences, être atteint d'un catarrhe chronique, compliqué d'emphysème pulmonaire, après l'usage du polygala oxymellé, sortit avec un très-grand soulagement.

IV^e. OBSERVATION.

Une fille, d'une constitution assez délicate, après avoir voyagé dans une voiture ouverte à tous vents, la nuit, par un temps humide et froid, fut prise, deux mois avant son entrée à l'hôpital, et d'une manière presque subite, d'une difficulté très-grande à respirer. Cette dyspnée augmenta progressivement, malgré deux saignées et un large emplâtre de tartre stibié appliqué sur le dos.

Le 4 janvier, nous la trouvâmes au n°. 12, salle Sainte-Madeleine, dans l'état suivant : pâleur générale, position assise, corps penché en avant, respiration très-fréquente, saccadée, anxieuse; toux, expectoration d'une sérosité blanche, surmontée d'une mousse légère; poitrine très-sonore, bruit respiratoire faible, sibilance très-marquée; le frottement des plèvres s'entend à la partie postérieure et inférieure; le pouls est très-fréquent, régulier; l'appétit persiste.

M. *Chomel*, reconnaissant un emphysème pulmonaire, lui opposa en vain la saignée, les vésicatoires sur la poitrine, le kermès, l'eau d'Enghein; tout fut inutile, la dyspnée ne diminua point; elle s'exaspérait par accès. Toutes les nuits, la suffocation était imminente; les forces s'épuisèrent, le pouls monta jusqu'à cent quarante-quatre pulsations par minute; les crachats devinrent plus visqueux; la malade mourut le 11, véritablement asphyxiée.

Autopsie. A l'ouverture du thorax, le poumon ne s'affaissa pas, il conserva la forme de la poitrine, qu'il remplissait exactement. Retiré de cette cavité, il se présentait comme s'il avait été insufflé; il ne gardait pas l'impression du doigt. A travers la plèvre, on apercevait à l'extérieur une multitude de vésicules, grosses comme des grains de millet ou de chenevis, transparentes, remplies d'air; en pressant les plus volumineuses, on ne peut les faire voyager sous la membrane séreuse. Tout le poumon est crépitant, moins humide que dans l'état normal; les bronches étaient un peu rouges, le cœur du volume

et de l'épaisseur ordinaires; les autres organes n'ont rien présenté de remarquable.

Un morceau de ce poumon, desséché et coupé par tranche, laissa voir toutes les cellules aériennes inégalement dilatées, surtout vers la surface de l'organe.

Ces observations sont, je pense, assez concluantes; celles que je rapporterai plus bas seront encore confirmatives de ce que nous avons avancé (1).

Ainsi donc, M. *Rostan* a rendu un grand service à la science en démontrant que l'asthme était toujours symptomatique d'une lésion organique; mais il s'est trompé, ce nous semble, en disant qu'il ne tenait jamais à un emphysème pulmonaire. Ce professeur, ébloui par l'éclat d'une découverte, ne vit pas toute la vérité; de même que *Corvisart*, appliquant trop son attention aux maladies du cœur, méconnut la dilatation des vésicules aériennes, alors qu'il l'avait sous les yeux, et donnait à une maladie le titre d'asthme essentiel, lorsqu'il ne voyait pas la cause de la dyspnée.

Cependant rendons justice à l'illustre fondateur de la chaire de clinique médicale; précédant *Laennec*, il n'a pas connu l'emphysème, qui n'était pas encore bien décrit; mais il l'a pressenti, et a marqué la place qu'il devait occuper dans la pathologie. Écoutons-le lorsqu'il parle de la distinction des maladies du cœur et de l'asthme.

« C'est par l'histoire du développement de la maladie et par les sym-

(1) Je pourrais citer une foule d'autres observations, quoiqu'on ait trouvé en même temps que l'emphysème la dilatation du ventricule droit, puisque *Corvisart* a dit que cette affection du cœur dépendait le plus souvent d'une maladie du poumon, surtout lorsque la lésion fonctionnelle de celui-ci avait été remarquée avant celle du centre de la circulation; je désire seulement indiquer dans la thèse de M. *Aupetit*, une observation fort intéressante, qu'il donna en 1816, comme un exemple d'*asthme essentiel*, que M. *Diot* prend en 1821, comme un cas d'*asthme tenant à une maladie du cœur*, parce qu'on y trouve l'hypertrophie du ventricule droit, et que je peux moi-même réclamer aujourd'hui, puisque l'*emphysème* pulmonaire y est noté.

« ptômes qu'elle présente qu'on apprendra quel est celui des deux « organes (le cœur ou le poumon) qui a donné le premier des signes « de l'altération des fonctions dont il est l'agent... Ainsi la maladie, « dans le cas où elle appartiendrait au cœur, aura commencé par des « battemens irréguliers, des palpitations, des serremens de cet or- « gane, etc. Dans le cas d'asthme, c'est au contraire le poumon qui, « sans que la circulation parût sensiblement troublée, aura montré les « premiers signes de son affection par une lésion de la respiration, qui « se montre quelquefois lentement, quelquefois brusquement, aug- « mente progressivement, et parvient enfin au point d'être suffoca- « tive pendant les accès.... En frappant la poitrine, on s'assurera « que dans l'asthme, cette cavité, loin d'annoncer, par un défaut de « son, une affection du cœur, résonnera quelquefois mieux que dans « l'état normal (1). »

Nous le voyons, *Corvisart*, attribue l'asthme quelquefois à une maladie primitive du poumon; il fait, sans le savoir, l'histoire de l'emphysème, et donne les meilleures règles pour le distinguer des lésions du cœur ou des gros vaisseaux.

Il est d'autres maladies avec lesquelles on pourrait plus facilement confondre l'affection dont nous nous occupons. C'est d'abord la *dilatation des bronches* (2); mais cette lésion organique, si elle est partielle, ne donne lieu à presque aucun symptôme, et quand elle est générale et qu'elle gêne beaucoup la respiration, à la place du râle sibilant, elle fait entendre à l'auscultation un gros râle muqueux et la pectoriloquie.

Le catarrhe chronique ressemble beaucoup à l'emphysème pulmonaire; souvent il y donne lieu, ou existe avec lui; mais seul, il ne produit pas une dyspnée égale, et n'amène pas, pour des causes aussi légères des accès d'asthme aussi effrayans; d'ailleurs, dans cette maladie, la poitrine résonne moins que quand il y a dilatation des vé-

(1) Essai sur les maladies du cœur, pag. 144 et suiv.

(2) *Laennec*, tom. 1.

sicules aériennes, et la sibilance est remplacée par le râle muqueux.

La phthisie pulmonaire a plus d'un rapport avec l'emphysème, puisque quelques auteurs ont admis autrefois une phthisie causée par de l'air accumulé dans le tissu pulmonaire; mais la percussion et l'auscultation donnent aujourd'hui plus de précision au diagnostic: le son mat sous les clavicules, les craquemens humides, et ensuite le gargouillement rendent pour le médecin attentif la méprise impossible.

Toutefois, la dilatation des vésicules aériennes peut exister en même temps que ces différentes affections. Rien n'est plus commun que de voir chez les emphysémateux une maladie du cœur, surtout une hypertrophie du ventricule droit; il faut seulement remarquer avec *Laennec* que cette lésion est presque toujours consécutive. Cet auteur donne des exemples d'emphysème avec dilatation de bronches : on le rencontre très-souvent avec l'inflammation de la membrane muqueuse de ces organes. Je vais rapporter un cas de complication où la phthisie occupait un poumon et la dilatation des cellules aériennes l'autre.

V^e^. OBSERVATION.

Le 9 mars 1830, entra à la clinique un charretier d'une constitution très-forte, âgé de trente-six ans. Il racontait que huit ans auparavant il reçut, étant en sueur, un sceau d'eau sur le corps, et que depuis ce temps il ne se porta pas bien; que l'année suivante il eut un crachement de sang, et plus tard une pituite abondante; qu'enfin, il y avait trois mois, il avait contracté un rhume pour lequel il demandait les secours de l'art. Soumis à notre examen, il nous montra, en effet, des crachats abondans, visqueux, demi-transparens; mais l'auscultation, au lieu du râle muqueux du catarrhe, ne trouvait que la sibilance et l'absence de respiration particulière à l'emphysème pulmonaire. Ce phénomène, n'existant d'une manière bien tranchée qu'à gauche, et la percussion donnant un son bien plus clair de ce côté, M. *Chomel* annonça que la dilatation des vésicules aériennes n'occupait que cette moitié de l'organe pulmonaire.

L'état de ce malade ne s'améliora point les jours suivans, il toussait davantage; bientôt apparurent les signes d'une affection plus grave que la première: amaigrissement, sueurs la nuit, dévoiement, fièvre, crachats opaques, matité sous la clavicule droite; enfin progressivement, gargouillement dans le même endroit. Il mourut le 30, à trois heures du matin.

Autopsie. A l'ouverture du thorax, on voit le poumon en remplir exactement la cavité; le sommet du côté droit de cet organe est creusé d'une caverne pleine de pus; des tubercules très-nombreux, à divers degrés de ramollissement, sont disséminés dans la totalité de ce même poumon; le parenchyme autour d'eux est affecté de pneumonie au premier et au second degrés.

Le poumon gauche est presque tout entier emphysémateux: les vésicules aériennes sont évidemment dilatées; elles sont grosses, sur les bords, comme des grains de chenevis. Quelques tubercules rares existent au sommet; là aussi se trouve une dépression froncée, qui ressemble parfaitement à ce que *Laennec* a décrit sous le nom de *cicatrice tuberculeuse.*

Les gros troncs bronchiques sont enflammés; de nombreuses ulcérations existent dans la fin de l'iléum et la totalité du gros intestin. Les autres organes sont sains.

Traitement.

Le traitement de l'emphysème se divise naturellement, comme la marche de la maladie elle-même, en deux parties.

1°. Lorsque l'affection ne se montre encore que par des accès revenant à de longs intervalles, et ne laissant entr'eux que peu ou point de dyspnée, le médecin doit mettre toute son attention à éloigner les causes de ces retours. L'hygiène ici est très-puissante; et cette dame (1), qui était prise de suffocation chaque fois qu'elle voyageait

(1) Voir plus haut.

la nuit, voyage le jour sans accident; les ouvriers qui travaillent dans la poussière, comme les plâtriers, les tailleurs de pierre, etc.; ceux qui respirent des substances irritantes, les cardeurs, les meûniers, les fabricans de produits chimiques, n'ont point dans cette maladie de repos à attendre, s'ils ne changent leur manière de vivre.

La thérapeutique, dans une attaque d'asthme, a toujours été en rapport avec la théorie qu'on s'en faisait; le *traitement* ici, comme dans toutes les autres maladies, n'est véritablement que le *diagnostic;* et tel cas, au premier abord, semblerait réclamer les antispasmodiques, qui, mieux examiné, doit être traité par les antiphlogistiques. Donnons-en un exemple, car c'est, je crois, la meilleure manière de raisonner en médecine.

VI^e. OBSERVATION.

Une marchande, d'une forte constitution, âgée de trente-neuf ans, est sujette depuis huit ans à avoir des attaques d'asthme, que ramène huit à dix fois par année soit un travail forcé, soit une émotion morale. Un de ces accès s'étant donc montré après une vive contrariété, avec plus d'intensité, elle entra à la clinique le 16 novembre. La gêne de la respiration était on ne peut plus grande; la malade était obligée de se tenir assise dans son lit, le corps penché en avant, pour ne pas être suffoquée. La face est injectée, le pouls fréquent; elle crache peu et tousse rarement.

La poitrine percutée rend un son plus clair que dans l'état normal; le bruit respiratoire est très-faible, mais on entend à l'auscultation un sifflement fin, qui ressemble aux cris des petits oiseaux, augmente pendant une inspiratisn, et dure jusqu'à l'inspiration suivante.

M. *Chomel* ordonne une saignée, la diète, le repos; la malade sort parfaitement bien portante quatre jours après son entrée.

Par les *symptômes* ne devait-on pas voir là une affection spasmodique, et donner le camphre, le musc, le castoréum? Le *diagnostic* a fait reconnaître un emphysème pulmonaire et un accès de dyspnée

dépendant d'une simple inflammation, avec boursoufflement de la muqueuse des bronches, et une émission sanguine, des boissons délayantes ont été des remèdes efficaces.

Dans beaucoup de cas, il faudra diminuer la viscosité des crachats, et faciliter l'expectoration ; le kermès, le polygala, l'oxymel scillitique rempliront très-bien cette indication.

Les narcotiques sont encore très-utiles pour diminuer le besoin de respirer ; l'opium paraît posséder cette vertu à un haut degré (1).

Le docteur *Chiarenti* (2), affecté d'asthme, emploie avec succès, sur lui et sur ses malades, l'introduction dans les poumons, avec un soufflet, d'une grande quantité d'air atmosphérique. De quelle lésion la maladie est-elle ici le symptôme?

2°. Quand, dans l'emphysème, la dyspnée est devenue habituelle, on a recours aux révulsifs, tels que les vésicatoires ordinaires, les emplâtres stibiés sur les différens points de la poitrine, principalement entre les deux épaules, et sur le sternum.

On en secondera l'effet par l'usage des eaux sulfureuses en boissons, le savon amygdalin en pillules, les préparations opiacées, antimoniales (3), scillitiques.

Les frictions huileuses pourront être utiles pour diminuer la susceptibilité à contracter des affections catarrhales, qui sont si funestes

---

(1) Le docteur *Henderson* rapporte que, dans quelques parties de l'Indostan, il est une classe d'individus sujets à avoir des attaques d'asthme mortelles dès qu'on les prive de l'opium, dont ils font habituellement usage. (The Edimb. med. and surg. journal.)

(2) Journal des progrès, tom. 1.

(3) Je ferai ici une remarque qui aurait partout ailleurs son application ; c'est qu'en thérapeutique, il faut moins se fier aux propriétés générales qu'aux propriétés relatives des médicamens ; témoin le kermès, qui à la dose de deux ou trois grains produit quelquefois des accidens, et qui fut, sans le moindre effet, poussé progressivement jusqu'à un gros par jour chez un emphysémateux que traitait M. *Chomel*. On employait, à dessein, le kermès de diverses pharmacies.

dans cette maladie. Chez les sujets pâles, cachectiques, le safran de mars produira le même effet, et servira aussi à résoudre l'engorgement des muqueuses bronchiques (1).

Si la dyspnée plus grande paraît tenir à la disparition d'une dartre, d'un rhumatisme, on rappellera à leur siége ces maladies par les moyens appropriés.

Quelquefois chez un emphysémateux des accès de suffocation alterneront avec des attaques de goutte ou l'apparition d'une affection cutanée, comme si la même cause quelle qu'elle soit, agissait successivement sur les bronches et sur les articulations, sur la muqueuse pulmonaire, et sur la peau. C'est dans ce cas que les eaux minérales sont très-efficaces.

On conseillera au malade, dans le premier cas, les eaux du Mont-d'Or; dans le second, celles de Barèges, de Saint-Amand, d'Enghein, etc. L'usage des bains, même des bains de mer chauds, a souvent été d'un grand secours; mais c'est dans cette sorte de médication surtout que le diagnostic est important. Si l'asthme tenait à une maladie de cœur, il faudrait bien se garder d'employer ce traitement; car on a vu, dans cette circonstance, périr d'apoplexie des personnes chez qui on n'avait pas reconnu cette cause de la maladie. Les eaux ne seront donc conseillées que quand l'emphysème ne sera pas compliqué d'affection organique du centre de la circulation (2).

---

(1) *Laennec*, tome 1, page 311.

(2) Les bains, en faisant refluer le sang vers le cerveau, occasionent souvent l'apoplexie chez les personnes qui y ont une prédisposition quelconque.

DEUXIÈME PARTIE.

Emphysème interlobulaire.

L'EMPHYSÈME interlobulaire est, comme celui dont nous venons de parler, une maladie produite par le gonflement aérien du poumon; mais ici l'air n'est plus à sa place, il a rompu les vésicules qui devaient le contenir, et s'est extravasé dans le tissu cellulaire de l'organe. Cette affection est véritalement aiguë de sa nature, tandis que l'autre nous a paru essentiellement chronique. La lésion qui la constitue a été signalée depuis long-temps; mais étudiée par les chirurgiens particulièrement, elle a peu attiré l'attention des médecins. Si elle est produite par une violence extérieure, elle constitue à proprement parler l'emphysème traumatique : nous ne nous en occuperons pas; lorsqu'au contraire sa cause est interne, la maladie est celle que *Laennec* a décrite dans ces derniers temps sous le nom d'*emphysème interlobulaire.*

Caractères anatomiques.

Le poumon offre, comme principal élément de sa composition, une multitude de petites vésicules aériennes accolées les unes aux autres par un tissu cellulaire très-dense, et agglomérées en nombre variable pour former des lobules; ceux-ci sont également réunis entre eux par une trame celluleuse plus lâche qui dessine ces marbrures que l'on remarque à la surface de l'organe. L'emphysème dont nous parlons est proprement l'infiltration de l'air dans ce tissu d'union.

Il est déjà facile de concevoir pourquoi la lésion est beaucoup plus apparente entre les lobules ; la laxité plus grande des cellules en rend facilement compte. C'est là, en effet, que l'on trouve le plus d'air ; il divise le poumon en compartimens irréguliers. Vers les bords de l'organe, on voit des échancrures larges quelquefois d'un pouce ; sa surface est souvent parsemée de bulles aériennes plus nombreuses et plus grosses que dans l'emphysème vésiculaire ; mais ici l'air est libre sous la plèvre, ou dans un tissu dont les mailles communiquent toutes entr'elles, de sorte qu'en poussant avec le doigt on le fait changer de place, et voyager sous la membrane séreuse, à moins qu'il ne soit arrêté par une intersection plus serrée. Si on lui donne issue par une piqûre, il s'échappe en sifflant, et une portion plus ou moins grande du poumon s'affaisse.

L'emphysème interlobulaire n'arrive que par la rupture des vésicules ou des derniers tuyaux bronchiques ; on ne peut le concevoir autrement, quoiqu'il soit presque toujours impossible de retrouver cette crevasse. L'air suit la voie qui lui est offerte, et se répand successivement entre les lobules dont l'union est moins intime : il s'arrête quelquefois, emprisonné qu'il est par une plus grande densité du parenchyme du poumon : alors le cas est heureux ; mais souvent il gagne la racine de l'organe, le médiastin ; de là le tissu cellulaire du cou, du tronc, et tout le corps devient monstrueux.

Causes occasionelles. Les causes les plus communes de l'emphysème interlobulaire sont ou un effort inspiratoire violent, ou la rétention trop prolongée de l'air inspiré. Ainsi une peur, une chute, un accouchement laborieux, l'action de lever un lourd fardeau, sont des circonstances où l'on voit le plus fréquemment survenir cette maladie. La toux chez les enfans, et surtout les quintes convulsives de la coqueluche, ou du croup donnent souvent lieu à la rupture des vésicules aériennes. Cependant ces occasions ne seraient point par elles-mêmes, et sans une certaine faiblesse prédisposante des parties, suffisantes pour expliquer le phénomène, puisque l'insufflation forcée ne produit

qu'avec beaucoup de peine le passage de l'air dans le tissu cellulaire du poumon. Quelquefois l'emphysème interlobulaire survient sans effort violent, et sans qu'on sache trop pourquoi. En général, toutes les causes qui peuvent amener la dilatation des vésicules pulmonaires, comme l'obstruction des bronches par des mucosités, comme l'épaississement, le boursoufflement quel qu'il soit de la muqueuse de ces tuyaux, suffisent aussi pour occasioner la rupture des cellules aériennes; l'inflammation, en détruisant leur cohésion, n'est peut-être pas toujours étrangère à cet accident. On n'a pas encore d'observation bien constatée d'emphysème interlobulaire survenant à la suite de l'emphysème vésiculaire, quoique la réunion de ces deux sortes de lésions paraisse au premier abord devoir se rencontrer plus fréquemment.

Toutefois, la crevasse étant opérée, l'air inspiré la traverse incessamment; il s'accumule dans le tissu cellulaire, surtout dans l'expiration, par le même mécanisme que l'eau s'amasse au-dessus du piston d'une pompe foulante et aspirante; et comme l'oxygénation du sang, dans l'emphysème pulmonaire, est insuffisante parce que l'air emprisonné dans les vésicules ne peut permettre l'entrée d'un air nouveau, de même ici la chose arrive parce que l'air inspiré passe immédiatement dans les mailles interlobulaires. De là le besoin qu'éveille le sens intime de multiplier les inspirations; de là la dyspnée et tous les accidens.

Signes et symptômes. L'emphysème interlobulaire se reconnaît, dit *Laennec*, à un caractère pathognomonique : *c'est le râle crépitant sec à grosses bulles.* La poitrine, en même temps, est plus sonore que dans l'état normal; le son qu'elle rend est plus clair d'un côté que de l'autre, si la lésion n'occupe qu'un seul poumon. On trouve quelquefois en un point circonscrit du thorax une résonance exagérée, ce qui fait croire qu'en cet endroit l'air est accumulé sous la plèvre. Dans les cas où la maladie est étendue, la sonoréité augmente à mesure qu'on descend vers la base de cette cavité, et là on entend à la per-

cussion une différence de son bien tranchée entre les autres parties; le sternum résonne souvent comme un tambour, ce qui se conçoit très-bien par le mode de distribution de l'air infiltré. La respiration s'entend difficilement; elle est masquée par une légère sibilance et une crépitation, qui est grosse et sèche. Le bruit de frottement est ici plus évident que dans l'emphysème vésiculaire, parce que l'air est immédiatement sous la plèvre; on peut même distinguer un double glissement du poumon, opéré dans l'inspiration et l'expiration; mais tout cela avec une sensation de sécheresse et de rugosité qui est caractéristique. Si la maladie est circonscrite, si elle s'est produite lentement, les phénomènes généraux sont presque nuls; mais quand la rupture se fait tout à coup et que l'emphysème est illimité, les symptômes sont des plus tranchés, la face est rouge, le pouls fréquent, l'essoufflement extrême, la suffocation imminente. Les signes que nous avons donnés plus haut sont alors très-évidens; mais s'il restait encore quelque incertitude sur le diagnostic, tous les doutes disparaissent dès que l'infiltration de l'air gagne les parties extérieures. Le cou, la poitrine, les bras, les membres inférieurs sont atteints successivement; le lobule de l'oreille n'est pas même épargné; tout le corps prend un volume énorme; la tension devient considérable, la peau menace de se rompre; en même temps l'obstacle de la respiration devient si grand, que le malade pousse des cris; il délire, il s'agite, et meurt comme étouffé dans une angoisse inexprimable.

Une maladie aussi affrayante n'est cependant point rare; mais, de toutes les observations citées par les auteurs, aucune n'est complète, c'est-à-dire que dans aucun cas, que je sache du moins, l'emphysème interlobulaire n'a été reconnu avant qu'il se montrât à l'extérieur, et confirmé après la mort. *Laennec*, qui en donna le signe pathognomonique, n'avait pas eu lui-même l'occasion de le vérifier; plus heureux que cet illustre auteur, nous avons vu remplir cette lacune de son livre par un fait très-intéressant qui s'est présenté cet hiver à la Clinique de M. *Chomel*. Le voici :

VII^e. OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin, jeune et vigoureux, entra le 11 janvier 1830, à l'hôpital de la Charité; il se disait mal portant depuis quinze jours, sans indiquer le caractère précis de ses douleurs. Au premier examen, le chef de clinique ne trouva que les symptômes d'un léger catarrhe, tels que de la toux, quelques crachats muqueux, un râle humide avec un peu de sibilance. Mais à six heures du soir il fut rappelé précipitamment près du malade. Celui-ci venait d'être pris subitement et sans avoir eu ni quinte de toux, ni autres accidens, d'une oppression et d'un essoufflement considérables. Une saignée n'apporta que peu de soulagement. La nuit se passa dans une grande anxiété.

Le matin, nous le trouvâmes tout haletant. Sa poitrine, percutée, résonnait très-bien; l'auscultation faisait entendre en avant et à droite une légère sibilance et une *crépitation grosse et sèche*. M. *Chomel* annonça l'existence d'un emphysème interlobulaire. Ce diagnostic fut confirmé le lendemain par l'apparition à l'extérieur de l'infiltration aérienne. Le cou et le tronc étaient déjà gonflés; et lorsqu'on pressait sur la peau, on faisait naître sous la main une crépitation fine et nombreuse. La dyspnée était plus grande encore; on entendait toujours les craquemens secs, et de plus un *bruit de frottement* très-manifeste. Des scarifications furent pratiquées sur le devant de la poitrine; mais elles ne donnèrent issue qu'à très-peu d'air. Le troisième jour, tout le corps était gonflé d'une manière énorme; l'étouffement devint extrême. Le malade mourut dans la matinée par une véritable suffocation.

Autopsie. A l'ouverture du thorax, on trouva sur le poumon droit des bosselures transparentes formées par la plèvre, que soulevait l'air accumulé sous elle; les cloisons interlobulaires était élargies, gonflées; l'air remplissait le tissu cellulaire de toutes les scissures du poumon; les lobules, vers les bords de l'organe, étaient séparées, et

ces intersections formaient des échancrures dont quelques-unes étaient larges d'un pouce. On ne put trouver la crevasse par laquelle l'air s'était échappé. Les bronches étaient rouges ; les autres organes n'ont rien présenté de remarquable, si ce n'est l'infiltration aérienne de tout le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire.

De toutes les observations incomplètes qui se trouvent répandues dans les Annales de la science, je n'indiquerai que celle du docteur *John*, parce qu'elle présente quelques particularités remarquables (1).

Un prisonnier attaqué d'un *asthme humide*, deux jours après avoir eu une vive altercation avec son gardien, fut pris de toux et d'essoufflement ; en même temps il survint au cou, à la poitrine, et successivement au corps entier, une tuméfaction emphysémateuse tellement considérable, que les paupières ressemblaient à des vésicules du volume d'une pomme, et que le scrotum était gros comme un chapeau. Des scarifications furent pratiquées ; on employa un traitement antiphlogistique rigoureux. Le malade guérit en quelques jours.

L'emphysème interlobulaire, lorsqu'il se trahit ainsi au dehors, ne peut se confondre avec aucune autre maladie ; mais quand il occupe tout le tissu cellulaire du poumon, sans s'étendre plus loin, il peut donner lieu à des symptômes qui imiteront plus ou moins fidèlement ceux de l'asthme, comme dans l'observation décrite par *Taranget* (2), ou ceux de la coqueluche chez les enfans : tel est le cas rapporté avec beaucoup de détails par M. *Magendie* (3). Ce célèbre médecin, en 1814, donna pendant un mois des soins à une petite fille, âgée de cinq ans, qu'on croyait affectée de coqueluche. Elle mourut. Les recherches les plus minutieuses ne firent rien dé-

(1) Journal des progrès, tome 6.

(2) Recueil de la Société de médecine, tom. 11, pag. 873.

(3) Dict. des sciences méd., art. *Emphysème*, par M. *Breschet*.

couvrir qui pût expliquer la maladie, si ce n'est un emphysème interlobulaire occupant une grande partie du poumon.

Nous avons annoncé l'intention de dire quelques mots de la pathologie comparée, parce que nous croyons qu'on peut avec avantage puiser à cette source. L'art vétérinaire, en effet, cultivé de nos jours par des hommes d'un grand talent, s'est élevé au rang des connaissances utiles et profondes. Cette science, presque aussi difficile que la nôtre, mais moins sujette aux petites passions, et plus hardie dans ses recherches, pourra marcher d'un pas plus rapide vers la perfection. La connaissance des maladies de l'homme a éclairé l'étude de celle des animaux ; la médecine humaine, à son tour, a droit d'attendre des lumières de la médecine vétérinaire.

La pousse chez les animaux, comme l'asthme chez l'homme, donna lieu entre les savans à de graves contestations sur sa nature. Ces deux maladies furent toujours, et dans ces dernières années surtout, comparées l'une à l'autre; mais, chose bien remarquable, le premier auteur de cette comparaison, *Fernando Calvo* (1), attribua la pousse à l'emphysème pulmonaire. Ce vétérinaire espagnol, qui écrivit en 1602, nota dans cette maladie la dilatation des vésicules du poumon. Nous savons que, dans le même siècle, *Floyer*, dans une dissection très-attentive d'une jument poussive, ne trouva que cette lésion pour expliquer la dyspnée.

Après ces découvertes, l'explication de l'essoufflement chez les animaux par l'influence nerveuse eut dans la suite peu de partisans, et tandis que *Pinel* rangeait l'asthme parmi les névroses, on cherchait des altérations organiques chez les chevaux poussifs. *Demoussy* trouvait la dilatation variqueuse des vaisseaux du poumon ; *Dupuy-Demporte*, le développement considérable de cet organe ; *Godine*, des maladies du cœur ; *Lafosse*, *Frenzel*, un relâchement des vésicules pulmonaires ;

---

(1) Dict. de méd. vétérinaire, par *Hurtrel d'Arboval*.

Coleman, *Ryding*, *Rodet*, leur rupture et l'épanchement de l'air dans le parenchyme (1).

Il résulte de ces travaux, et c'est la conclusion qu'en tirent MM. *Hurtrel-d'Arboval* (2) et *Vatel* (3), que la pousse est toujours une maladie symptomatique ; qu'elle tient le plus souvent à un catarrhe chronique, à un emphysème (4) vésiculaire ou interlobulaire, à une maladie du centre de la circulation, etc. ; que cette dernière lésion consiste, la plupart du temps, en dilatation des cavités droites du cœur (5), que l'on regarde comme consécutive à l'affection du poumon ; c'est-à-dire qu'il en résulte pour nous cette vérité confirmative qu'une lésion de fonctions, semblable par ses symptômes chez l'homme et chez les animaux, n'est des deux côtés que l'effet des mêmes désordres pathologiques, et qu'enfin, dans la pousse comme dans l'asthme, l'emphysème joue le principal rôle.

Traitement. L'emphysème interlobulaire, suivant la remarque de *Laennec*, n'est point aussi grave qu'on serait tenté de le croire. Lorsque la maladie est bornée au poumon, le repos, le régime sont les seules indications à remplir. Mais, quand même elle fait éruption à l'extérieur, elle n'est pas pour cela toujours mortelle. Nous avons cité des exemples de guérison vraiment surprenans. La nature a des ressources

---

(1) *Ibid.*

(2) *Ibid.*

(3) Pathologie vétérinaire, tom. 1 et 2.

(4) M. *Magendie*, en ouvrant des chevaux poussifs, a souvent fait remarquer aux vétérinaires l'emphysème du poumon. MM. *Breschet*, *Ribes*, *Ferrus*, ont constaté la même lésion. (Dict. de méd.)

(5) *Demoussy*, Annales d'agricult., 1825. Dict. de méd. vétér., art. *Pousse*. M. *Ferrus*, Dict. de méd., art. *Asthme*. *Floyer* dit : Je n'ai pu trouver dans la jument autre chose que l'enflure du poumon, pour expliquer la pousse, quoique j'aie conjecturé avec les auteurs que le mal provenait d'un polype du cœur, que l'on a observé, il est vrai, sur quelques chevaux poussifs, mais qui ne sont que les effets de la longue durée de la maladie.

infinies ; souvent il ne faut que la seconder. Ainsi des narcotiques, associés aux boissons pectorales ; des compresses aromatiques, enveloppant tout le corps, suffiront, dans quelques circonstances, pour calmer la toux et favoriser l'absorption de l'air infiltré (1). Dans d'autres cas, il sera nécessaire de pratiquer sur toute la surface de la peau des mouchetures, afin de diminuer la tuméfaction extérieure ; on fera en même temps des frictions ; on appliquera la compression sur les membres, et si la réaction fébrile est considérable, on soumettra le malade à un traitement antiphlogistique rigoureux (2).

Ici se termine la tâche que je m'étais imposée ; elle était difficile, plus difficile que je ne me l'étais imaginé. L'ai-je bien remplie ? Je n'ose le croire ; je ne pense pas que dans l'état actuel de la science on puisse traiter complètement ce sujet. Mais les recherches que j'ai faites et les observations que j'ai recueillies, pourront aider celui qui voudra suivre la même route ; je serai heureux si je puis être de quelque utilité. J'ai cherché à prouver sur un point cette grande idée qui sert de ralliement à tous ceux qui suivent la bannière des doctrines régnantes, *qu'il n'y a pas de maladies essentielles*, et qu'aucun effet ne peut exister sans cause. J'ai voulu prendre ma petite part dans la discussion qui occupe tout notre siècle, et d'où certainement la vérité sortira triomphante.

On le peut, *je l'ai essayé*,
Qu'un plus savant le fasse.

---

(1) M. le professeur *Dubois*, Dict. des sciences méd., Observation recueillie par M. *Marjolin*.

(2) Le docteur *John*, Journal des progrès, observ. citée.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

III.

A peripneumoniâ phrenesis, malum. *Sect.* 7, *aph.* 12.

IV.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

V.

In febribus ex somnis pavores aut convulsiones, malum. *Sect.* 4, *aph.* 67.

VI.

A sudore horror, non bonum. *Sect.* 7, *aph.* 4.